

Intégrer les thérapies orientées
vers un but dans le parcours
de soin de l'enfant avec PC

Prise de décision

Préférences

Enfant et famille

Contexte

Ressources
cliniques et
système de
santé

Niveaux de
preuve des
thérapies

Disponibilités des niveaux de preuve des thérapies : **Mobilité**

Table 2: Evidence-based practice recommendations for interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy (CP)

| Evidence-based practice recommendations | Strength of recommendation and quality of evidence |
|---|---|
| <p>Recommendation 10: Mobility To improve mobility in children and young people with CP (GMFCS I–IV, all motor subtypes) we recommend mobility training using a goal-directed approach, with a focus of practice within a real-life context, compared with no intervention</p> <p>10.1 Walking speed and endurance To improve walking speed and endurance in children and young people with CP, we suggest overground training (with or without a walker) (GMFCS I–IV), treadmill training (GMFCS I–III), and HABIT-ILE (GMFCS I–IV), compared with no intervention OR body functions and structure intervention</p> <p>10.2 Gross motor function To improve functional mobility goals and balance in children and young people with CP, we suggest goal-directed training (GMFCS I–III) and HABIT-ILE (GMFCS I–IV), compared with no intervention OR body functions and structure intervention To improve gross motor function in children and young people with CP (GMFCS I–IV), we suggest either altering environmental factors (e.g. ‘context focused’) OR child-focused therapy (i.e. treatments that alter child-related factors) We suggest clinicians consider the child’s age, ability, and child/family preferences and tolerance of adjunctive interventions when selecting interventions</p> | <p>Strong recommendation for mobility training as there is high certainty of harm from no intervention^a</p> <p>Conditional recommendation for overground walking, treadmill training, goal-directed training, HABIT-ILE, and context-focused</p> <p>Moderate certainty for overground training</p> <p>Low certainty for treadmill training, goal-directed training, HABIT-ILE, and context-focused</p> |

Disponibilités des niveaux de preuve des thérapies : **Habilité manuelle**

Recommendation 11: Hand use

To improve goal achievement in hand use in children and young people with CP (MACS I–IV, all motor subtypes), we recommend a goal-directed or task-specific approach, compared with no intervention OR body functions and structure intervention

To achieve functional upper-limb goals in children and young people with unilateral CP, we recommend CIMT, bimanual therapy/HABIT (MACS I–III), and we suggest CO-OP and HABIT-ILE (MACS I–IV) compared with no intervention OR body functions and structure intervention^b

To achieve functional hand use goals in children and young people with bilateral CP, we suggest HABIT/HABIT-ILE (MACS I–III) and CO-OP (MACS I–IV) compared with no intervention OR body functions and structure intervention^b

To improve hand use in children and young people with CP classified in MACS level IV (unilateral or bilateral), we suggest a goal-directed focus plus environmental adaptations and equipment/assistive technology to maximize independence, compared with no intervention OR no equipment/assistive technology OR body functions and structure intervention^b

We suggest clinicians consider the child's age, ability, context/resources, and child/family preferences and tolerance of adjunctive interventions when selecting interventions

Strong recommendation for CIMT and bimanual

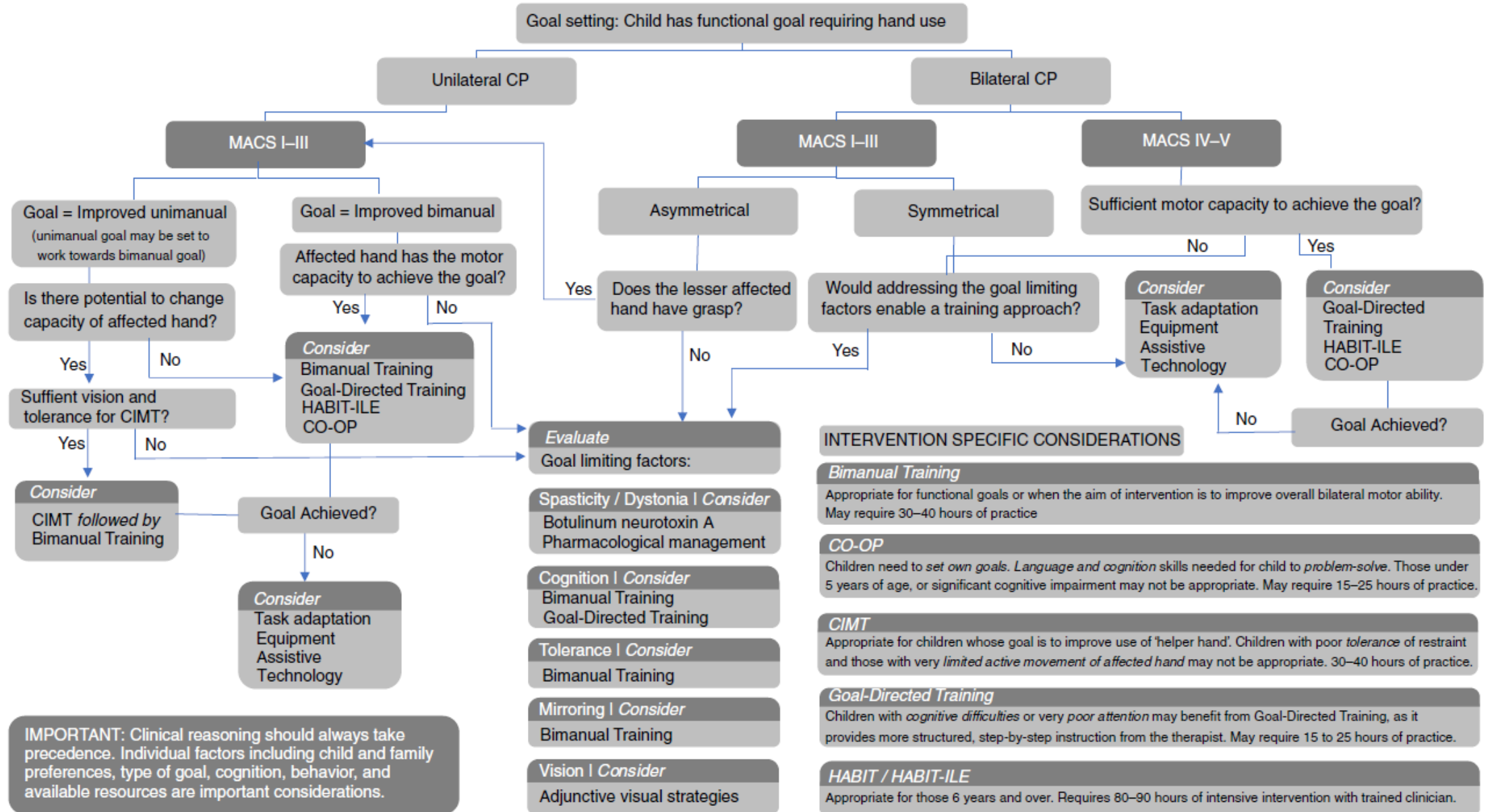
High certainty for CIMT. Moderate certainty for bimanual training/HABIT

Conditional recommendation for CO-OP, goal-directed, and HABIT/HABIT-ILE

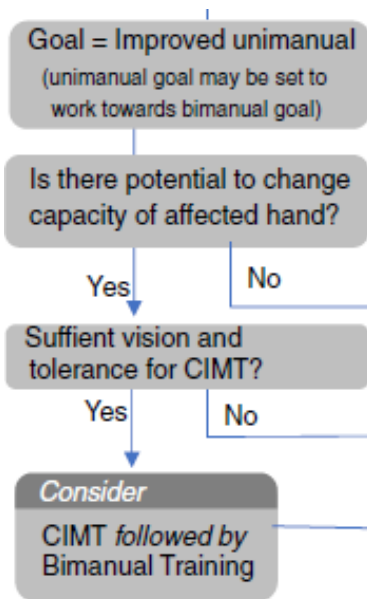
Low certainty for CO-OP, goal-directed, and HABIT/HABIT-ILE

Peut-on préciser les indications des différentes interventions ?

Arbre de décision clinique spécifique aux objectifs nécessitant l'utilisation des mains

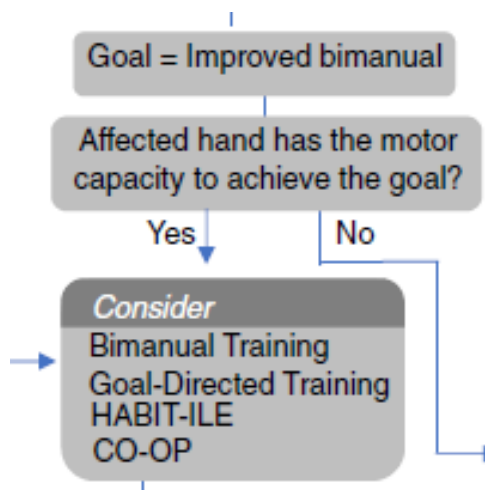


Chez l'enfant avec PC unilatérale MACS I à III



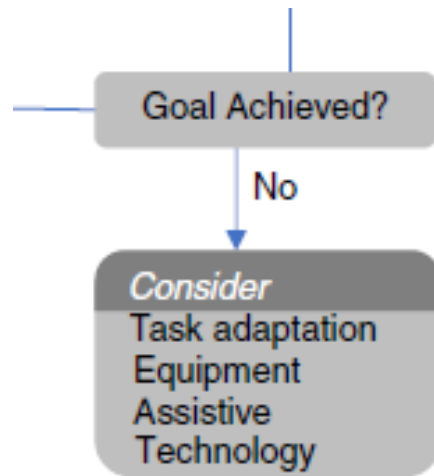
- Critères de décision pour orienter la décision vers le **mCIMT** (Hoare et al., 2019) :
 - Un but centré sur l'amélioration de l'habileté unimanuelle un objectif unimanuel peut être fixé pour travailler à la réalisation d'un objectif bimanuel
 - Potentiel identifié de changement des capacités de la main la plus atteinte
 - Vision suffisante et tolérance de la contrainte

Chez l'enfant avec PC unilatérale MACS I à III



- Critères de décision pour orienter la décision vers le **BIM – Goal Directed Training – HABIT-ILE – CO-OP** :
- Un but centré sur l'amélioration de l'habileté bimanuelle
- La main la plus atteinte à la capacité d'atteindre le but

Chez l'enfant avec PC unilatérale MACS I à III

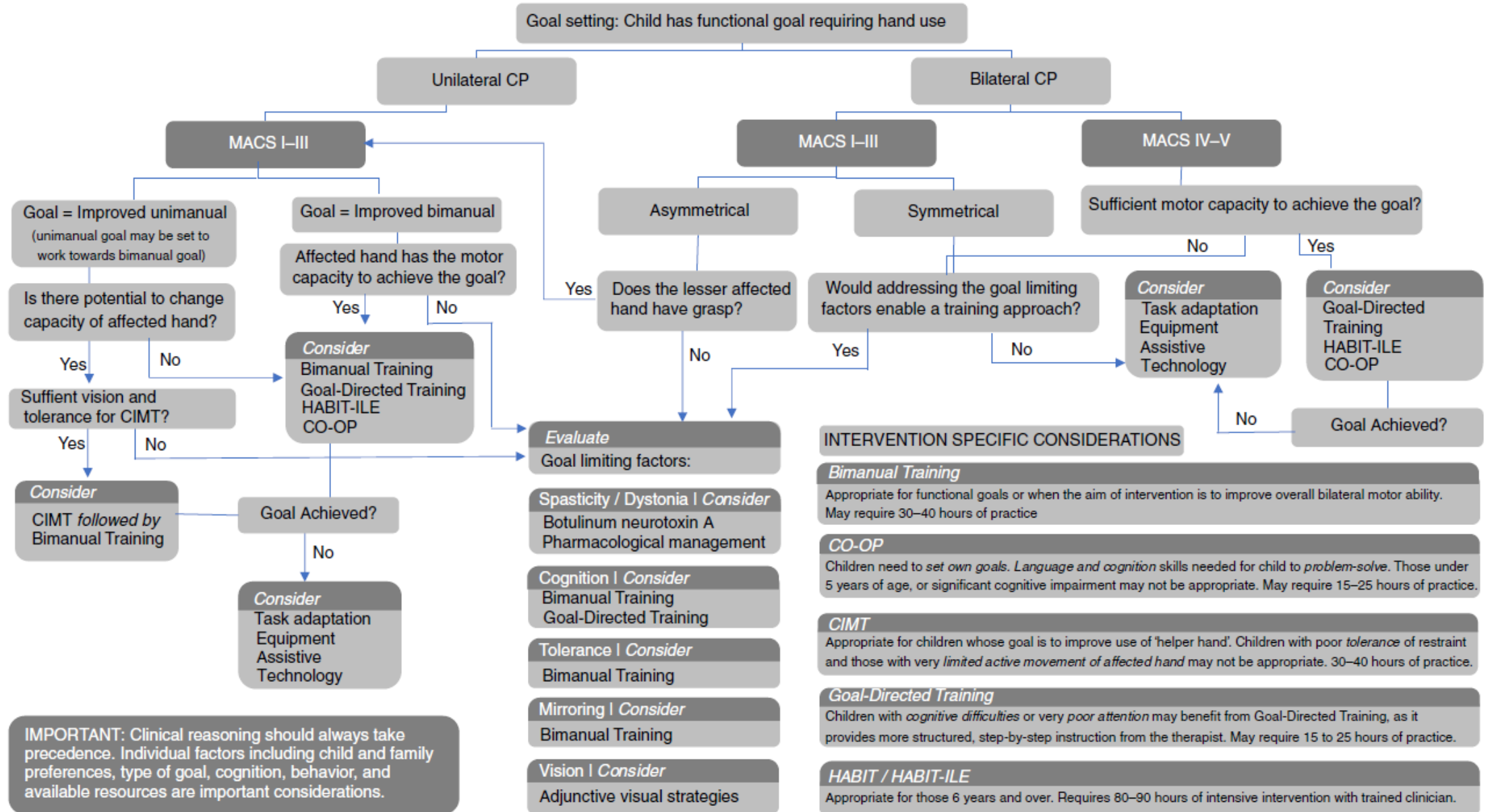


- En cas d'objectif non-atteint :
 - Adapter la tâche
 - Equipement
 - Technologie d'assistance



- En cas de troubles associés ou de limitations d'activité sévères :
 - Réévaluer les facteurs limitants
 - Considérer le traitement des troubles du tonus
 - Considérer les troubles cognitifs
 - Considérer la tolérance au traitement
 - Considérer les troubles visuels et les adaptations possibles

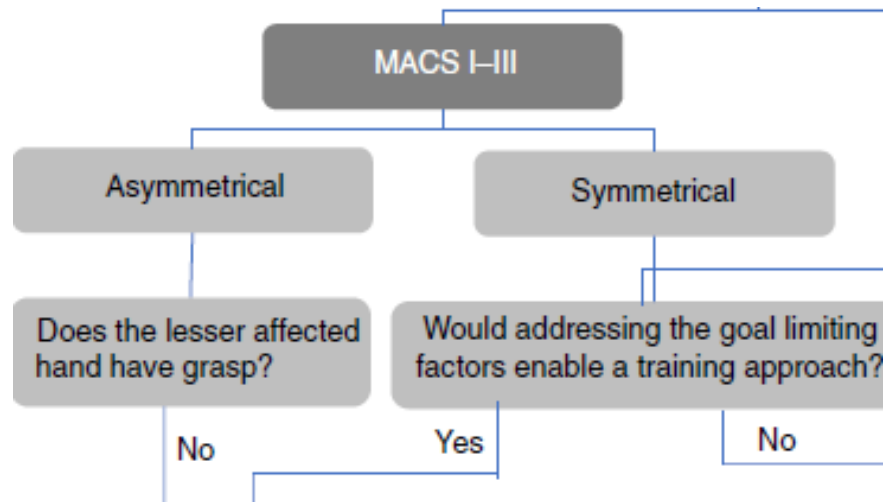
Arbre de décision clinique spécifique aux objectifs nécessitant l'utilisation des mains



IMPORTANT: Clinical reasoning should always take precedence. Individual factors including child and family preferences, type of goal, cognition, behavior, and available resources are important considerations.

- INTERVENTION SPECIFIC CONSIDERATIONS**
- Bimanual Training**
Appropriate for functional goals or when the aim of intervention is to improve overall bilateral motor ability. May require 30–40 hours of practice
 - CO-OP**
Children need to *set own goals*. Language and cognition skills needed for child to *problem-solve*. Those under 5 years of age, or significant cognitive impairment may not be appropriate. May require 15–25 hours of practice.
 - CMT**
Appropriate for children whose goal is to improve use of 'helper hand'. Children with poor *tolerance* of restraint and those with very *limited active movement* of affected hand may not be appropriate. 30–40 hours of practice.
 - Goal-Directed Training**
Children with *cognitive difficulties* or very *poor attention* may benefit from Goal-Directed Training, as it provides more structured, step-by-step instruction from the therapist. May require 15 to 25 hours of practice.
 - HABIT / HABIT-ILE**
Appropriate for those 6 years and over. Requires 80–90 hours of intensive intervention with trained clinician.

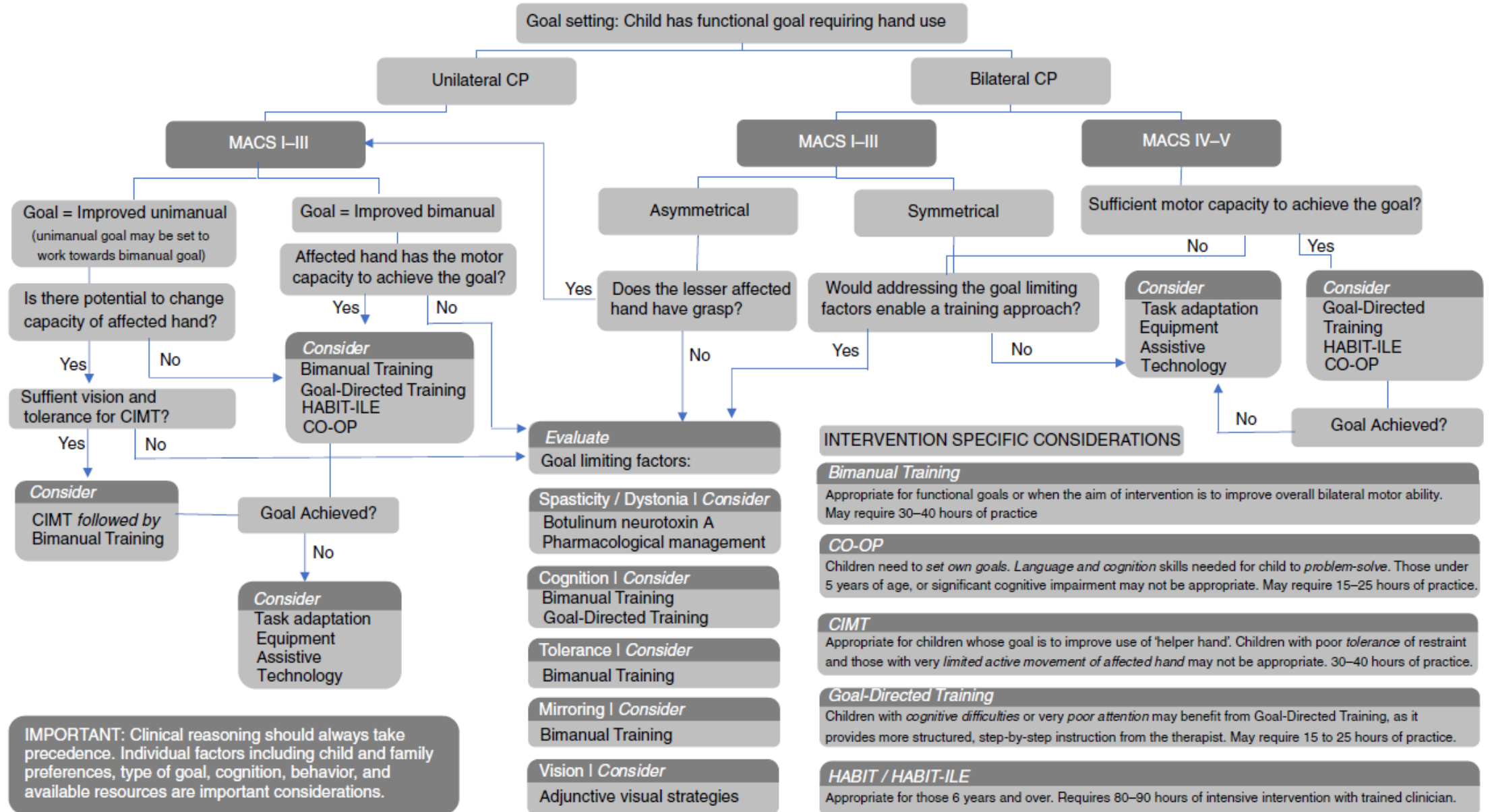
Chez l'enfant avec PC bilatérale MACS I à III



- Critères de décision :
 - Symétrique/asymétrique
 - La main la moins atteinte a-t-elle une préhension ?
 - Les facteurs limitant les objectifs sont-ils entraînamables ?

- Les enfants avec PC bilatérales asymétriques MACS I à III sont renvoyés vers l'arbre décisionnel des enfants avec PC unilatérale
- Les enfants avec PC bilatérales symétriques MACS I à III sont orientés vers des thérapies bimanuelles ou vers un entraînement direct à l'objectif

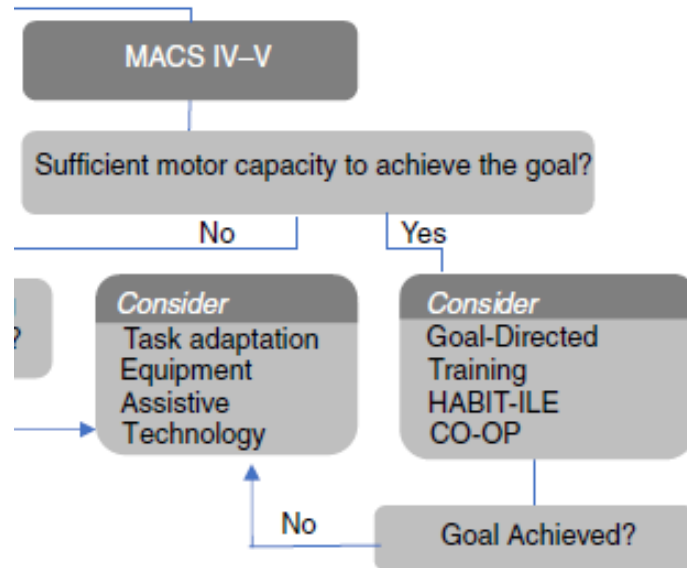
Arbre de décision clinique spécifique aux objectifs nécessitant l'utilisation des mains



IMPORTANT: Clinical reasoning should always take precedence. Individual factors including child and family preferences, type of goal, cognition, behavior, and available resources are important considerations.

- INTERVENTION SPECIFIC CONSIDERATIONS**
- Bimanual Training**
Appropriate for functional goals or when the aim of intervention is to improve overall bilateral motor ability. May require 30–40 hours of practice
 - CO-OP**
Children need to *set own goals*. Language and cognition skills needed for child to *problem-solve*. Those under 5 years of age, or significant cognitive impairment may not be appropriate. May require 15–25 hours of practice.
 - CIMIT**
Appropriate for children whose goal is to improve use of 'helper hand'. Children with poor *tolerance* of restraint and those with very *limited active movement* of affected hand may not be appropriate. 30–40 hours of practice.
 - Goal-Directed Training**
Children with *cognitive difficulties* or very *poor attention* may benefit from Goal-Directed Training, as it provides more structured, step-by-step instruction from the therapist. May require 15 to 25 hours of practice.
 - HABIT / HABIT-ILE**
Appropriate for those 6 years and over. Requires 80–90 hours of intensive intervention with trained clinician.

Chez l'enfant avec PC bilatérale MACS IV ou V



- Critères de décision vers **Goal Directed Training – HABIT-ILE – CO-OP** :

- Capacité motrice suffisante pour atteindre l'objectif

- Les enfants avec PC bilatérales MACS IV ou V avec une capacité motrice insuffisantes sont renvoyés vers l'arbre décisionnel des enfants avec PC bilatérale symétrique
- **Considérer les aides techniques en cas d'objectif non-atteint**

Décision clinique à partir d'un cas clinique

Situation de Jeanne

- 7 ans
- Atteinte motrice unilatérale spastique droite
- GMFCS II
- MACS II avec attitude du pouce en face de la tête du IIIe métacarpien
- CFCS I
- Vie à domicile avec des parents engagés et 1 sœur
- Scolarisée à temps plein en CE1 avec 6 heures d'AESH

Objectifs

- Objectifs spécifiques :
 - Mettre son blouson seule (enclencher la tirette)
 - Marcher 30 minutes à vitesse modérée pour pouvoir aller à l'école avec le pédibus du quartier
 - Faire ses lacets

Ressources

- Les parents sont disponibles pour accompagner l'enfant
- Les parents sont disponibles pour faire de la pratique à la maison
- L'enfant a accès aux adaptations nécessaires
- L'enfant est suivie par une équipe médicale spécialisée

Question 1 :

- De quels éléments avez-vous besoins pour prendre une décision clinique partagée ?

Question 2 :

- Quels sont vos critères de décision et qu'elle est leur hiérarchie ?

Question 3 :

- Comment intégrez-vous les autres traitements dans votre prise de décision ?

Question 4 :

- Que propose-t-on à Jeanne ?